

Bewerbungsbogen – Landarztstarter_in

Bitte leserlich in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen!

Titel, Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße/Hausnummer	
PLZ/Ort	
Facharztbezeichnung	
Telefon/Mobiltelefon	
E-Mail	

1.	Ich war bereits vertragsärztlich ambulant tätig		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	im KV-Gebiet:		von (Datum)	bis
	im Rahmen einer		<input type="checkbox"/> Anstellung in einer	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis
		<input type="checkbox"/> Zulassung	<input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft	<input type="checkbox"/> MVZ

2.	Ich wurde im Rahmen der Weiterbildung zum Facharzt gefördert		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	im KV-Gebiet:		von (Datum)	bis

3.	Zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Facharzt für				
	Klinikum		von (Datum)		bis
	Andere KV-Region		von (Datum)		bis
	Weiterbildung		von (Datum)		bis
	Elternzeit		von (Datum)		bis
	Sonstiges		von (Datum)		bis

4.	2. Ich stehe für das geplante Projekt in Vollzeit oder max. Wochenarbeitszeit von		Stunden
	ab Datum		zur Verfügung.

5. Ich besitze folgende Zusatz-Weiterbildungen und/oder anderweitige Genehmigungen

6. Nach Abschluss des Projektes strebe ich eine vertragsärztliche Tätigkeit im Hochsauerlandkreis an

ja in Vollzeit in Teilzeit

ja - aber nur	<input type="checkbox"/>	im Rahmen einer Zulassung
	<input type="checkbox"/>	im Rahmen einer Anstellung
	<input type="checkbox"/>	im Rahmen einer Einzelpraxis
	<input type="checkbox"/>	Im Rahmen einer Berufsausübungsgemeinschaft
weiß ich noch nicht	<input type="checkbox"/>	

Der HSK mit den förderfähigen Gemeinden/Kommunen:



7. Ich habe keine Präferenz hinsichtlich eines Einsatzortes in den Gemeinden / Städten im Hochsauerlandkreis

oder

Ich möchte eine Praxis kennenlernen in (Mehrfachauswahl möglich)

Bestwig	<input type="checkbox"/>	Brilon	<input type="checkbox"/>	Eslohe	<input type="checkbox"/>
Hallenberg	<input type="checkbox"/>	Marsberg	<input type="checkbox"/>	Medebach	<input type="checkbox"/>
Meschede	<input type="checkbox"/>	Olsberg	<input type="checkbox"/>	Schmallenberg	<input type="checkbox"/>
Sundern	<input type="checkbox"/>	Winterberg	<input type="checkbox"/>		

8.	Zu folgenden Themen benötige ich Unterstützung	
	<input type="checkbox"/>	Wohnen/Leben im HSK
	<input type="checkbox"/>	Abrechnung und Verordnung
	<input type="checkbox"/>	Betriebswirtschaftliche Aspekte
	<input type="checkbox"/>	Praxisführung und Personal
<input type="checkbox"/>	Sonstiges	

Ich übersende diese notwendigen Unterlagen als Anlage:

- Aktueller, unterschriebener Lebenslauf
- Facharzturkunde (einfache Beglaubigung ausreichend)
- Auszug aus dem Arztregister (sofern vorhanden)
- Polizeiliches Führungszeugnis (nicht älter als 6 Monate bei Bewerbungseingang) zur Vorlage bei einer Behörde nach § 30 Abs. 5 Bundeszentralregistergesetz (BZRG) **oder**
- Bestätigung (Quittung) der Beantragung eines Führungszeugnisses. Das Führungszeugnis wird nachgereicht, sobald es vorliegt.

Erklärung zur Datenerhebung

- Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen Lippe nach § 285 Abs. 1 SGB V die vorstehenden Daten zu meiner Person zur Durchführung des beantragten Verwaltungsverfahrens erhebt.

Erklärung hinsichtlich Drogen- und Alkoholabhängigkeit

- Ich erkläre, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin und auch innerhalb der letzten fünf Jahre nicht war. Ich erkläre weiter, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre einer Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit nicht unterzogen habe und gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen.

Ich habe die [Förderrichtlinie](#) zur Kenntnis genommen und mich über die Teilnahmebedingungen des Programms informiert.

Ort, Datum

Unterschrift Landarztstarter_in

Adresse

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
 Team Nachwuchsförderung
 Robert-Schimrigk-Straße 4 – 6
 44141 Dortmund
 oder per E-Mail an Landinsicht@kvwl.de
 oder per Fax an 0231 / 94 32 - 8 04 02

Ansprechpartnerin

Babette Andresen Tel.: 0231 / 94 32 13 93